**Ubezpieczenie dobrowolne**

Osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z żadnego tytułu (na przykład nie są nigdzie zatrudnione, uzyskują dochód wyłącznie na podstawie umowy o dzieło lub są pracownikami przebywającymi na urlopie bezpłatnym) mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W tym celu osoba zainteresowana zgłasza się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania, po okazaniu dowodu tożsamości wypełnia wniosek, do którego dołącza dokument określający datę, do której podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu i odprowadzana była za nią składka (w przypadku ubezpieczenia zagranicznego potwierdzenie okresów ubezpieczenia w kraju UE/EFTA należy przedstawić na formularzu E104 lub E001 wydanym przez instytucję ubezpieczeniową państwa, w którym była ubezpieczona). Następnie w ciągu 7 dni od podpisania umowy musi zgłosić się do ZUS, by dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego siebie i ewentualnie członków rodziny. Co miesiąc odprowadza składkę zdrowotną, której wysokość zależy od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. Zmienia się ona raz na kwartał (w III kwartale 2016 roku składka wynosiła 382,16 zł.). Ponadto, przed zawarciem umowy wnioskodawca wpłaca na konto oddziału wojewódzkiego Funduszu dodatkową, jednorazową opłatę, jeżeli nie był ubezpieczony i nie odprowadzał składki:

* od 3 miesięcy do roku - 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
* od 1 roku do 2 lat - 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
* od 2 lat do 5 lat - 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
* od 5 lat do 10 lat - 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
* powyżej 10 lat - 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.

Umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu można podpisać osobiście lub przez pełnomocnika, któremu zainteresowany udzielił pisemnego upoważnienia.

WARTO WIEDZIEĆ!

* Tą samą umową mogą zostać objęci również zgłoszeni we wniosku członkowie rodziny wnioskodawcy, spełniający warunki określone przepisami ustawy (rozdział „Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej”).
* Liczba osób objętych ubezpieczeniem na podstawie jednej umowy nie ma wpływu na wysokość opłacanej składki.
* Prawo do świadczeń zdrowotnych ubezpieczonego i członków jego rodziny rozpoczyna się w dniu określonym w umowie, a wygasa po upływie 30 dni od rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.
* Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Można ją rozwiązać w drodze pisemnego poinformowania Narodowego Funduszu Zdrowia o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast umowa wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składki, z chwilą zmiany miejsca zamieszkania poza terytorium Polski, objęcia obowiązkiem ubezpieczenia z innego tytułu (również w krajach UE/EFTA).